

人身事故証明書入手不能理由書

(表面)

保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されている場合)

警察署への届けが物件事故扱いの場合や、事故の届けをされていない場合など人身事故扱いの事故証明が発行できないときに必要な書類です。

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査済</p> <p><input checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【理由】</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>【理由】</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	<input checked="" type="radio"/> 警察 <input checked="" type="radio"/> 担当官 (判明している場合)	届出年月日	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
------	--	-------	---

裏面へ → 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者

事故の相手方、もしくは目撃者の署名、捺印

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。

<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他() ※ 該当する項目に○印をしてください	住所 〒 <input type="text" value="0000-0000"/> 記入日 <input type="text" value="0"/> 年 <input type="text" value="0"/> 月 <input type="text" value="0"/> 日 熊本市〇区〇〇**丁目*番*号 氏名 <input type="text" value="九州 一郎"/> (印) 電話 <input type="text" value="000"/> (<input type="text" value="000"/>) <input type="text" value="0000"/>
--	--

(注) 当欄は、賠償を求めめる側、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する側(契約者、運転者など)に記入してください。賠償を受ける側(被害者)は記入不要です。

事故の相手方、もしくは目撃者の署名、捺印がもらえない場合は、空白欄に理由を記入の上、負傷者が署名、捺印してください。
 例)・相手方と連絡が取れないため、相手方から署名をもらうことはできません。
 ・相手方が協力してくれません。

(保険会社使用欄)

- 人身事故としての請求・賠償を受ける側(被害者)に記入してください。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項		

【 事案情報 被害者名: _____ 事故日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 】